



**University of  
Zurich**<sup>UZH</sup>

**Zurich Open Repository and  
Archive**

University of Zurich  
University Library  
Strickhofstrasse 39  
CH-8057 Zurich  
[www.zora.uzh.ch](http://www.zora.uzh.ch)

---

Year: 2019

---

## **Geschlechtsinkongruenz und Genderdysphorie im Kindes- und Jugendalter: Neue Wege in Begleitung und Behandlung**

Pauli, Dagmar

**Abstract:** Immer mehr junge Menschen suchen die ärztliche Praxis aufgrund des Unwohlseins in ihrer Geschlechtsrolle und in ihrem Körper auf. Es ist von entscheidender Bedeutung, dass ärztliche Fachpersonen ein Konzept für die Beratung der Betroffenen und ihrer Familien haben, differenzialdiagnostische Überlegungen durchführen und die Behandlungsmöglichkeiten in den verschiedenen Altersstufen kennen.

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-178896>

Journal Article

Published Version

Originally published at:

Pauli, Dagmar (2019). Geschlechtsinkongruenz und Genderdysphorie im Kindes- und Jugendalter: Neue Wege in Begleitung und Behandlung. *Leading Opinions. Gynäkologie Geburtshilfe*, 12(1):16-19.

Geschlechtsinkongruenz und Genderdysphorie im Kindes- und Jugendalter

# Neue Wege in Begleitung und Behandlung

LEADING OPINIONS, 28.02.2019

Autor:

KD Dr. med. Dagmar Pauli

Psychiatrische Universitätsklinik Zürich

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

E-Mail: dagmar.pauli@puk.zh.ch

GYNÄKOLOGIE & GEBURTSHILFE

Immer mehr junge Menschen suchen die ärztliche Praxis aufgrund des Unwohlseins in ihrer Geschlechtsrolle und in ihrem Körper auf. Es ist von entscheidender Bedeutung, dass ärztliche Fachpersonen ein Konzept für die Beratung der Betroffenen und ihrer Familien haben, differenzialdiagnostische Überlegungen durchführen und die Behandlungsmöglichkeiten in den verschiedenen Altersstufen kennen.

---

## Keypoints

**Geschlechtsidentität ist ein Spektrum. Es gibt Identitäten zwischen den Polen männlich und weiblich.**

**Geschlechtsidentität ist unabhängig von der sexuellen Orientierung.**

**Junge trans\* Menschen leiden sehr häufig unter Depressionen, Suizidalität und Selbstverletzungen. Protektiv ist ein unterstützendes Umfeld.**

**Die Indikationsstellung für medizinische geschlechtsangleichende Massnahmen erfolgt durch in der Beurteilung von trans\* Jugendlichen erfahrene ärztliche Fachpersonen in Abstimmung des Zeitpunktes mit den Betroffenen und den sorgeberechtigten Eltern.**

---

## Einführung

Das Thema Genderdysphorie bei jungen Menschen wird aktuell in den Medien kontrovers diskutiert und ist auch in der Fachwelt umstritten. Der dringend notwendigen Liberalisierung der Behandlungsempfehlungen im Erwachsenenbereich<sup>1, 2</sup> folgten Modifikationen des ursprünglich von der niederländischen Arbeitsgruppe um Peggy Cohen erarbeiteten Behandlungsprotokolls für Jugendliche.<sup>3, 4</sup> Die deutschsprachigen Leitlinien der Akademie der medizinischen Wissenschaften, AWMF, für Kinder und Jugendliche mit Geschlechtsinkongruenz sind in Revision. Den Bestrebungen, den Zugang zu geschlechtsangleichenden Behandlungen zu erleichtern, folgte eine Debatte um die möglichen Gefahren von vorschnellen Transitionen mit medizinisch irreversiblen Schritten bei Jugendlichen.<sup>5</sup> Es ist von entscheidender Bedeutung, dass sich ärztliche Fachpersonen anhand von ethischen und fachlichen Überlegungen einen Standpunkt für den respektvollen und gleichzeitig umsichtigen Umgang mit dieser

## Begrifflichkeiten

Der Begriff «Transsexualität» wurde im DSM-5 durch den Begriff Genderdysphorie ersetzt und wird auch in der ICD-11 durch Geschlechtsinkongruenz ersetzt. Der Begriffswechsel kennzeichnet einen Paradigmenwechsel von der ärztlich bestimmten und pathologisierenden Definition hin zu einem sachlichen und respektvollen Umgang mit den Betroffenen und ihrem Anliegen der Geschlechtsangleichung. In beiden Manualen wird die Entität nicht mehr im Kapitel der psychischen Störungen geführt. Die Bezeichnung als Angleichung im Gegensatz zur früher verwendeten Terminologie («Umwandlung») zeigt, dass der Prozess der Transition als Angleichung des körperlichen an das psychische Geschlecht verstanden wird. Trans\* Frau bezeichnet einen Menschen, der sich selbst dem weiblichen Geschlecht zuordnet, der jedoch als Kind aufgrund des körperlichen Geschlechts der männlichen Kategorie zugeordnet war, während ein trans\* Mann sich selbst als Mann definiert bei ursprünglich als weiblich zugewiesenem Geschlecht. Es ist für trans\* Menschen von grosser Bedeutung, dass ärztliche Fachpersonen und das Personal der medizinischen Institutionen die für die Betroffenen selbst passenden Bezeichnungen und Pronomen verwenden. So signalisiert das Umfeld den notwendigen Respekt vor der Identität der Betroffenen. Das \* inkludiert auch Formen der Geschlechtsidentität, welche nicht in die klassischen Schemata der Mann-Frau-Kategorisierung passen. Eine Divergenz der Sexualentwicklung («divergence of sexual development», DSD) im Sinne einer körperlichen Kondition mit Abweichungen von den klassischen Kategorien männlich oder weiblich, früher als «Intersexualität» bezeichnet, ist von Transidentität als rein psychischer Identitätsvarianz zu unterscheiden. Nach DSM-5 und ICD-11 schliessen sich diese beiden Kategorien jedoch nicht mehr gegenseitig aus (Tab. 1).

## Diagnostik

Da es sich nach moderner Auffassung bei der Geschlechtsidentität nicht um eine von aussen definierte, sondern eine vom Individuum selbst bestimmte Entität handelt, bezieht sich die ärztliche Diagnose nicht auf die Geschlechtsidentität an sich, sondern auf deren Exploration aus Sicht der Betroffenen und auf die Kontinuität der Selbstdefinition, den Leidensdruck sowie die Behandlungsnotwendigkeit und die Begleitumstände.

Die Diagnostik erfordert zunächst eine genaue Anamnese der Geschlechtsidentität und Genderdysphorie im Verlauf der Lebensgeschichte. Die frühe Manifestation einer starken Unzufriedenheit mit dem zugewiesenen Geschlecht erhöht die Wahrscheinlichkeit einer dauerhaften Transidentität auch im Erwachsenenalter.<sup>6</sup> Dennoch kann auch bei später Manifestation ein erheblicher und kontinuierlicher Leidensdruck vorhanden sein und geschlechtsangleichende Behandlungen nötig machen. Bei Minderjährigen ist die Anamnese der Eltern ebenfalls bedeutsam. Insbesondere in einem für divergente sexuelle Identitäten und Geschlechtsidentitäten wenig offenen Umfeld kann es sein, dass das Outing gegenüber den Eltern erst mehrere Jahre nach einer inneren Erkenntnis über die eigene Transidentität erfolgt. Eine Genderfluidität besteht in seltenen Fällen, wenn die Geschlechtsidentität zwischen den Polen männlich und weiblich hin und her wechselt. In diesen Fällen soll die Akzeptanz im Umfeld für das Leben in verschiedenen Geschlechtsrollen gefördert werden, wohingegen medizinische geschlechtsangleichende Massnahmen meist nicht benötigt werden.

Ein nicht unerheblicher Anteil von ca. 18% der trans\* Menschen erlebt sich als nichtbinär, das heisst nicht klar der Kategorie Mann oder Frau zuzuordnen.<sup>7</sup> Vorschnelle Zuweisungen sind daher zu vermeiden. Im Gespräch mit jungen Menschen soll die Möglichkeit verschiedener Varianten der Geschlechtsidentität aktiv thematisiert und erfragt werden. Hiermit wird vermieden, dass sich trans\* Menschen unnötigen geschlechtsangleichenden Eingriffen unterziehen, um wenigstens einer der klassischen Geschlechtskategorien vollumfänglich anzugehören. Mit einem einfachen Instrument kann die

Geschlechtsidentität auf verschiedenen Ebenen als Spektrum erfasst und bildlich dargestellt werden. Ebenso wird mit dieser Darstellung die Geschlechtsinkongruenz im Sinne einer Diskrepanz zwischen dem aktuellen Erleben und dem gewünschten Zustand deutlich (Abb. 1).

Auf die Darstellung der obsoleten ICD- 10-Kategorisierung wird an dieser Stelle verzichtet, da das ICD-11 den Begriff der Geschlechtsinkongruenz neu definieren und ausserhalb der psychischen Störungen platzieren wird. Die DSM-5-Kategorie Genderdysphorie basiert auf der Selbstdefinition und orientiert sich mehr am inneren Erleben als an dem häufig davon abweichenden Verhalten und der äusseren Erscheinung. Nichtbinäre Geschlechtsidentitäten sind ausdrücklich enthalten. Die Diagnose beinhaltet einen subjektiven Leidensdruck (Tab. 1).

Geschlechtsidentität ist unabhängig von der sexuellen Orientierung. trans\* Menschen können sowohl heterosexuell als auch homosexuell, bisexuell oder asexuell orientiert sein. Es lassen sich daher keine Rückschlüsse von der sexuellen Orientierung auf die Geschlechtsidentität ziehen und umgekehrt.

Meine Gender-Identität

Inneres Gefühl

♂

\_\_\_\_\_

♀

Verhalten

♂

\_\_\_\_\_

♀

Aussehen und Gender-Ausdruck

♂

\_\_\_\_\_

♀

Wie die anderen mich sehen

♂

\_\_\_\_\_

♀

Körper

♂

\_\_\_\_\_

♀

Bitte markieren Sie Ihr aktuelles Erlebnis mit X und Ihren Zukunftswunsch mit 0 auf den Linien.

**Abb. 1:** Instrument «Meine Gender-Identität»

<div>Kriterium A</div>	<div> <div> <div>Eine ausgeprägte Inkongruenz zwischen erlebter/erfahrener und (bei Geburt) zugeschriebener Geschlechtsidentität, die mindestens 6 Monate dauert und sich durch zwei oder mehr der folgenden Merkmale manifestiert:</div> <div> <div>• Ausgeprägte Inkongruenz zwischen der erlebten/erfahrenen Geschlechtsidentität und den primären und/oder sekundären Geschlechtsmerkmalen (oder im Fall von Jugendlichen: den vorweggenommenen Auswirkungen von sekundären Geschlechtsmerkmalen)</div> <div>• Starker Wunsch, aufgrund der erlebten/erfahrenen Geschlechtsidentität sich der primären und/oder sekundären Geschlechtsmerkmale zu entledigen (oder im Fall von Jugendlichen: der Wunsch, die Entwicklung der sekundären Geschlechtsmerkmale zu verhindern)</div> <div>• Starker Wunsch, die primären und/oder sekundären Geschlechtsmerkmale des anderen Geschlechts zu besitzen</div> <div>• Starker Wunsch, dem anderen (oder einem zum zugewiesenen alternativen)</div> </div> </div> </div>
------------------------	---

	Geschlecht anzugehören <ul style="list-style-type: none"> <li>• Starker Wunsch, als Angehöriger des anderen (oder eines zum zugewiesenen alternativen) Geschlechts behandelt zu werden</li> <li>• Starke und feste Überzeugung, dass man die typischen Gefühle und Reaktionen des anderen (oder eines zum zugewiesenen alternativen) Geschlechts zeige</li> </ul>
<b>Kriterium B</b>	Der Zustand ist verknüpft mit klinisch relevantem Leiden oder Beeinträchtigung in sozialen, in beruflichen oder in anderen wichtigen Funktionsbereichen. Oder der Zustand ist mit einer deutlich erhöhten Wahrscheinlichkeit verbunden, ein solches Leiden bzw. eine solche Beeinträchtigung hervorzurufen.
<b>Subtypen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mit Störung der Sexualentwicklung (mit DSD)</li> <li>• Ohne Störung der Sexualentwicklung (ohne DSD)</li> </ul>
<b>Weitere Kennzeichnung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gender-Dysphorie in Transition</li> <li>• Gender-Dysphorie, posttransitioniert</li> </ul>

**Tab. 1:** Gender-Dysphorie (DSM-5: 302.85)

## Epidemiologie und Verlauf

Die Häufigkeit von Transidentität bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen in der Schweiz ist nicht bekannt. Internationale Studien zeigen eine höhere Prävalenz bei Untersuchungen jüngeren Datums, was mit dem vermehrten Outing zu tun haben dürfte.<sup>8</sup> Eine neue amerikanische Studie an 120 617 Jugendlichen in den USA ergab, dass sich 0,2% als transgender weiblich zu männlich, 0,1% als transgender männlich zu weiblich und 0,3% als transgender non-binary definierten.<sup>9</sup>

Gendervariantes Verhalten bei Kindern kommt mit ca. 2,3–5,3% häufiger vor als Transidentität im Erwachsenenalter.<sup>10</sup> Niederländische Verlaufsstudien zeigten, dass nicht alle Kinder, die in der Sprechstunde für Geschlechtsidentität vorgestellt wurden, im späteren Verlauf geschlechtsangleichende Massnahmen durchführen liessen.<sup>11</sup> Es ist daher wichtig, in der Beratung darauf aufmerksam zu machen, dass nicht jedes Kind mit gendervariantem Verhalten auch nach der Pubertät trans\* sein wird, weshalb eine ausgangsoffene Herangehensweise des Umfeldes angezeigt ist.

## Begleitende psychische Störungen

Geschlechtsinkongruenz hat keinen Krankheitswert an sich. Häufig sind jedoch begleitende psychische Störungen vorhanden, wobei die Möglichkeit für eine soziale Transition sowie eine grosse Toleranz des familiären Umfeldes protektiv sind.<sup>12</sup> Jugendliche mit Genderdysphorie zeigen sehr häufig Depression, Angst, Suizidalität und Selbstverletzungen. In einer kanadischen Stichprobe von 923 14- bis 18-jährigen trans\* Jugendlichen wiesen 65% ernsthafte Suizidalität und 75% selbstverletzendes Verhalten auf. In einer amerikanischen Studie zeigten transmännliche Jugendliche mit 50,8% und nichtbinäre Jugendliche mit 41,8% das höchste Risiko für Suizidversuche; von den transweiblichen Jugendlichen berichteten 29,9%, schon einmal einen Suizidversuch unternommen zu haben. In der Behandlung bedarf es daher eines Monitorings der Suizidalität sowie einer sorgfältigen Beratung der Eltern.<sup>13</sup>

## Behandlung

Die Psychoedukation für Betroffene und deren Familien beinhaltet Informationen über mögliche Verläufe sowie über Geschlechtsidentität als Spektrum mit verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten. Ein grosser Teil der Arbeit besteht darin, das Umfeld dahingehend zu beraten, junge Menschen in ihrer Geschlechtsidentität nicht abzulehnen und bei starker Genderdysphorie Massnahmen zur Linderung des

Leidensdruckes zu erwägen. Hierzu kann unter Umständen eine soziale Transition gehören, da für einige der Kinder und Jugendlichen das Verbleiben in der bei Geburt zugewiesenen Geschlechtsrolle eine Entwicklungsbeeinträchtigung mit psychischen Folgestörungen bedeuten kann. Auch das schulische und soziale Umfeld muss in Richtung eines toleranten Umganges mit nicht geschlechtskonformem Verhalten beraten werden.

Die Elternarbeit beinhaltet meist die Unterstützung eines gemeinsamen Prozesses, damit die Eltern eine allfällige soziale Transition sowie geschlechtsangleichende Massnahmen unterstützen. Im Sinne eines «informed consent» werden Betroffene und Eltern über Behandlungsmöglichkeiten sowie allfällige Risiken aufgeklärt, damit eine gemeinsame Entscheidung getroffen werden kann.

Bei Kindern mit starker Geschlechtsinkongruenz kann ab dem Pubertätsstadium nach Tanner 2–3 eine Pubertätsblockade mit einem Gonadotropin-Analogen durchgeführt werden.<sup>14</sup> Diese Behandlung bedeutet für die ca. 11- bis 13-jährigen Kinder an der Schwelle zur Pubertät eine reversible Unterbrechung der körperlichen Reifung, um Zeit für eine definitive Entscheidung über allfällige geschlechtsangleichende irreversible Massnahmen zu gewinnen. Der Vorteil liegt in dem verbesserten kosmetischen Outcome bei späterer Geschlechtsangleichung: Bei trans\* Frauen tritt der Stimmbruch und Bartwuchs nicht ein und trans\* Männer haben eine geringere Brustentwicklung, sodass später ein kleinerer chirurgischer Eingriff mit einem Minimalschnitt am Brustwarzenrand für die Mastektomie genügt. Follow-up-Studien zeigen, dass die Pubertätsblockade mit der Möglichkeit zur späteren geschlechtsangleichenden Behandlung zu einer guten sozialen Integration, verbesserten Lebenszufriedenheit und geringeren Rate an Psychopathologie führt im Vergleich mit Menschen, die erst im Erwachsenenalter transitioniert sind.<sup>15</sup> Weder die Pubertät zu unterbrechen noch bei einem stark genderdysphorischen Kind die körperliche Entwicklung ins nicht gewünschte körperliche Geburtsgeschlecht zuzulassen ist ein neutrales Geschehen. Die Vor- und Nachteile einer Behandlung sollten im Einzelfall gemeinsam mit Betroffenen und Eltern genau abgewogen werden. Als Nebenwirkungen werden vor allem Veränderungen des Grössenwachstums und bei lang andauernder Pubertätsblockade Verminderung der Knochendichte angegeben, weshalb regelmässige jährliche Messungen der Knochendichte notwendig sind.<sup>16</sup> Die geschlechtsangleichende Hormonbehandlung kann gemäss aktuellen Leitlinien der internationalen endokrinen Gesellschaften in der Regel ca. ab 16 Jahren durchgeführt werden, wenn eine kontinuierliche Transidentität besteht und ein starker Wunsch nach den sekundären Geschlechtsmerkmalen des Geschlechtes vorhanden ist, das der eigenen Identität entspricht; in einzelnen Fällen kann es jedoch indiziert sein, bereits ab ca. 14 Jahren mit der geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung zu beginnen.<sup>16</sup> Die Eindosierung der Hormone soll bei Jugendlichen langsamer erfolgen als bei trans\* Menschen im Erwachsenenalter (Dosierungsschemata siehe Tab. 2 und 3). Eine Mastektomie kann gemäss internationalen Standards unter Umständen bei entsprechender Urteilsfähigkeit und hohem Leidensdruck bereits vor Erreichen der Volljährigkeit durchgeführt werden.<sup>17</sup> Allfällige geschlechtsangleichende Genitaloperationen werden bei Bedarf in aller Regel im Erwachsenenalter durchgeführt.

Applikationsform	Startdosis Jugendliche	Aufdosierung Jugendliche	Aufdosierung Erwachsene	Erwachsenendosis
17β-Östradiol	5µg/kg/d	Steigerung um 5µg/kg/d pro Wo	1mg/d für 6 Mo 2mg/d	2–6 mg/d
transdermales 17β-Östradiol	6,25–12,5µg/24h	Steigerung um 12,5µg/24h alle 6 Mo		50–200µg/24h

**Tab. 2:** Dosierungsschemata für geschlechtsangleichende Östrogene bei trans\* Frauen nach Hembree et al.<sup>16</sup>

Applikationsform	Startdosis Jugendliche	Aufdosierung Jugendliche	Aufdosierung Erwachsene	Erwachsenendosis
------------------	------------------------	--------------------------	-------------------------	------------------





Testosteron- ester	25mg/2 Wo oder 50mg/4 Wo	Steigerung um 25mg/2 Wo alle 6 Monate	75mg/2 Wo für 6 Mo danach 125mg/2 Wo	100–200mg/2 Wo
-----------------------	-----------------------------	---	--	----------------

**Tab. 3:** Dosierungsschema für geschlechtsangleichende Testosteronbehandlung bei trans\* Männern nach Hembree et al.<sup>16</sup>

## Fazit

Eine sachliche und unterstützende und am Wohl der Betroffenen orientierte Betrachtungsweise der Thematik durch die ärztlichen Fachpersonen hilft den jungen trans\* Menschen und deren Familien, sich in ihrer oft schwierigen Situation zurechtzufinden. Die Beratung des Umfeldes sollte auf eine möglichst gute Akzeptanz der Geschlechtsidentität hinzielen, da hierdurch psychische Folgestörungen vermieden werden können. Pubertätshemmende oder geschlechtsangleichende medizinische Behandlungen erfolgen nach einer sorgfältigen Diagnostik und Verlaufsbeobachtung, wobei der Zeitpunkt des Beginns individuell auf den Fall abgestimmt und mit Betroffenen und Eltern sorgfältig erwogen werden muss.

## Literatur:

- 1** Garcia D et al.: Von der Transsexualität zur Genderdysphorie. Beratungs- und Behandlungsempfehlungen bei TransPersonen. Swiss Medical Forum 2014; 14(19): 382-7 **2** Niederer T et al.: Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung. AWMF-Registernr. 138/001. 2018; AWMF online **3** Cohen-Kettenis PT et al.: Treatment of adolescents with gender dysphoria in the Netherlands. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am 2011; 20: 689-700 **4** Hembree WC: Guidelines for pubertal suspension and gender reassignment for transgender adolescents. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am 2011; 20: 725-32 **5** Korte A et al.: Behandlung von Geschlechtsidentitätsstörungen (Geschlechtsdysphorie) im Kindes- und Jugendalter – ausgangsoffene psychotherapeutische Begleitung oder frühzeitige Festlegung und Weichenstellung durch Einleitung einer hormonellen Therapie? Sexologie 2016; 23(3-4): 117-32 **6** Steensma TD et al.: Factors associated with desistence and persistence of childhood gender dysphoria: a quantitative follow-up study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2013; 52(6): 582-90 **7** Köhler A et al.: Genders and individual treatment progress in (non-)binary trans individuals. J Sex Med 2018; 15(1): 102-13 **8** Arcelus J et al.: Systematic review and meta-analysis of prevalence studies in transsexualism. Eur Psychiatry 2015; 30(6): 807-15 **9** Russell BT et al.: Transgender adolescent suicide behavior. Paediatrics 2018; 142(4): pii: e20174218. doi: 10.1542/peds.2017-4218
-  **10** Beijsterveldt CEM et al.: Genetic and environmental influences on cross-gender behavior and relation to behavior problems: study of Dutch twins at ages 7 and 10 years. Arch Sex Behav 2006; 35: 647-58 **11** Wallien MSC, Cohen-Kettenis P: Psychosexual outcome of gender-dysphoric children. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2008; 42(12): 1413-23 **12** Durwood L et al.: Mental health and self-worth in socially transitioned transgender youth. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2017; 56(2): 116-23 **13** Russell BT et al.: Transgender adolescent suicide behavior. Paediatrics 2018; 142(4): pii: e20174218. doi: 10.1542/peds.2017-4218
-  **14** de Vries AL et al.: Clinical management of gender dysphoria in children and adolescents: the Dutch approach. J Homosex 2012; 59(3): 301-20 **15** de Vries AL et al.: Young adult psychological outcome after puberty suppression and gender reassignment. Pediatrics 2014; 134(4): 696-704 **16** Hembree WC et al.: Endocrine treatment of gender- dysphoric/gender-incongruent persons: an endocrine society clinical practice guideline. J Clin Endocrinol Metab 2017; 102(11): 1-35 **17** World Professional Association of

Transgender Health (WPATH). Standards of Care. Versorgungsempfehlungen für die Gesundheit von transsexuellen, transgender und geschlechtsnichtkonformen Personen, 2012. [http://www.wpath.org/site\\_page.cfm?pk\\_association\\_webpage\\_menu=1351&pk\\_association\\_webpage=4381](http://www.wpath.org/site_page.cfm?pk_association_webpage_menu=1351&pk_association_webpage=4381), Stand 18.12.2018.